

ויתור על סודיות רפואית וכללית

← חלק א'

פרטי המבוטח

שם האב		ת.ז.		שם פרטי		שם משפחה	
טלפון		מיקוד		מס'		כתובת (רחוב)	

לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שצינית בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס

הנני החתום מטה נותן בזאת רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות חולים, רופאיהן, עובדיהן, ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון - השתלשלות פרופיל ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין - למשרד הקליטה ו/או לשירות הפסיכולוגי-חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ביח' גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור להפניקס אקסולט פנסיה וגמל בע"מ (להלן: "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב.

כמו כן אני נותן לרשות כל אחת מחברות הביטוח ו/או חברות מנהלות של קרנות הפנסיה למסור כל מידע רפואי, מידע המתייחס לביטוחים ו/או לכיסויים ביטוחיים ולרבות החלטות רפואיות, פרוטוקולים של ועדות רפואיות וחוות דעת מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק וסכומים להם אני זכאי מהחברות האמורות בגין תביעותי ותקופת נכות שנקבעו בגין מצב הרפואי.

אני משחרר בזאת את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות חולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכון מור ו/או ביח' גהה ו/או למרפאות בריאות הנפש ו/או למשרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הקליטה ו/או שירות בתי הסוהר ו/או כל עובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כללים ו/או פסיאטרים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם וישלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החולים ו/או מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני שירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר למסירת המידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות חולים ו/או רופאיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו בחלק ב' שלהלן:

X							
חתימת המבוטח / שאיר		ת.ז. המבוטח / שאיר		שם המבוטח / שאיר		תאריך	

← חלק ב'

שם קופ"ח		שם קופ"ח קודמת	
נותני השירותים שיפורטו להלן:			
רופאים	1.	2.	
	3.	4.	
מכונים	1.	2.	
	3.	4.	

← עד לחתימה (עו"ד/רופא/סוכן ביטוח) - חובה למלא סעיף זה ולהחתימו על ידי העד לחתימה			
תאריך		שם פרטי	
שם משפחה		ת.ז.	
X			
מס' רישיון למילוי על ידי הגורם שחותרם		חתימה וחותמת (כולל מס' רישיון)	